

**REMISS Röntgenundersökning**

Remitterande läkare Tel

Fax

Betalningsansvarig (om annan än ovan)

Mottagare



Personnr

Namn

Adress

Mobilnr

Remissdatum

Akut undersökning    Prel. svar    Faxsvar

Önskad undersökning

Föregående undersökning när, var, vad (för jämförelse)

Diagnos/fråga

Anamnes, status

Vid MR-undersökning, önskas öppen kamera  Ja  Nej

Vid hjärtundersökning anges  
längd      cm      vikt      kg

Ev. kontrastmedelsallergi\*

S-kreatinin + datum\*  
(på patienter > 65 år) ej > 3 månader  
Värde:      Datum:

Diabetes\*  Ja  Nej

Om Ja, Metforminbehandling  Ja  Nej

För information om Evidias enheter, adresser och telefonnummer, besök gärna [www.evidia.se](http://www.evidia.se),